

CUESTIONARIO CIBERRIESGOS PROCURADORES

**DATOS DE CONTACTO:**

NOMBRE:

NIF/CIF:

DIRECCIÓN:

CODIGO POSTAL Y POBLACIÓN:

TELÉFONO DE CONTACTO:

SITIO WEB :

FILIALES :

E.MAIL:

**DATOS FACTURACIÓN Y FECHA CONTRATACIÓN:**

**ALIDAD Y CANTIDAD**

FACTURACIÓN:

Fecha de alta seguro:

**DATOS BANCARIOS CON IBAN:**

Banco ES

**CALIDAD Y CANTIDAD DE DATOS:**

¿Qué tipo y cantidad de datos sensibles maneja/procesa su compañía?

☐ Información de Identificación Persona

☐ Información de Tarjetas de Pago (PCI)

☐ Información de Salud personal

☐ Propiedad Intelectual ☐ Nombres de Usuarios y Contraseñas

¿Maneja/procesa datos personales de ciudadanos de los EE.UU. (en cualquier lugar) o usted maneja/procesa cualquier datos personales en centros de datos en los EE.UU? ☐ Sí ☐ No

Por favor indicar el volumen DE FACTURACIÓN ANUAL:

**SERVICIOS DE TERCEROS:**

¿Parte de su red, sistema informático o funciones de la seguridad informática son administrados por terceros? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo indique el nombre de la compañía que ofrece el servicio.

Por favor marque todos los servicios que tiene contratados

☐ Gestión del sistema informático en su totalidad ☐ Copias de seguridad y almacenamiento externo

☐ Procesamiento de Datos ☐ Otros servicios de “cloud computing”

☐ Proveedor de servicios de aplicaciones

¿Usted tiene un contrato por escrito y firmado con el/los respectivo(s) proveedor(es) de servicios incluyendo un acuerdo de confidencialidad? Marque “N/A” solamente si **ninguna** parte de su red, sistema informático o función de la seguridad informática es administrada por terceros.

☐ Sí ☐ No ☐ N/A

¿Usted solicita cobertura para proveedores de externalización?

☐ No se solicita cobertura ☐ Cobertura en base a proveedores nombrados ☐ Cobertura completa

**SEGURIDAD INFORMÁTICA:**

¿Tiene su compañía una **persona responsable para la seguridad informática** o un equipo que informe periódicamente a la alta dirección? ☐ Sí ☐ No

¿Se proporciona formación regular para aumentar la **concientización sobre la seguridad de la información de su personal** y para preparar a los empleados a ser más resistentes yvigilantes contra el phishing? ☐ Sí ☐ No

¿Usted tiene una política de contraseñas que requiere contraseñas complejas así como el cambio regular de las mismas? ☐ Sí ☐ No

¿Con qué frecuencia se requiere el cambio de contraseña?

¿Se instalan parches de seguridad en sus sistemas y aplicaciones de manera oportuna, por lo

menos una vez al mes? ☐ Sí ☐ No

**MEDIDAS DE PROTECCIÓN:**

¿Utiliza anti-virus, anti-spyware o **protección de malware**? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿se actualiza automáticamente*? ☐ Sí ☐ No*

¿Están protegidos por “firewalls” en todos los **puntos de acceso a Internet**? ☐ Sí ☐ No

¿Se cambian todas las contraseñas predeterminadas en todos los sistemas informáticos? ☐ Sí ☐ No

¿Está **cifrada** toda la información de identificación personal así como la información confidencial que se retire de las instalaciones del asegurado (p.ej. mediante dispositivos móviles como discos duros de portátiles (“laptop hard drives”), tabletas, Smart phones, dispositivos de almacenamiento USB, etc.)? ☐ Sí ☐ No

¿Se realizan **copias de seguridad** periódicas y automáticas? ☐ Sí ☐ No

☐ por lo menos diariamente ☐ por lo menos semanal

Por favor responder a las siguientes preguntas en caso de solicitar cobertura (opcional) por **Interrupción de Negocio**

¿Usted es capaz de restaurar copias de seguridad de datos? ☐ Sí ☐ No

¿Puede indicar el tiempo aceptado / aceptable hasta que una pérdida financiera **para usted,** es decir **el asegurado**, se materializa con un impacto significativo en su negocio?

☐ 12 horas

☐ 18 horas

☐ 24 horas

☐ 36 horas

¿Puede indicar el tiempo aceptado / aceptable hasta que una pérdida financiera Se materializa **para sus clientes**?

☐ 12 horas

☐ 18 horas

☐ 24 horas

☐ 36 horas**D**

**Y CANTIDA**

**INCIDENTES DE SEGURIDAD E HISTORIA DE PÉRDIDAS:**

En los últimos 3 años ¿ha sufrido una violación de la seguridad de TI, un daño en la red, una corrupción del sistema o una pérdida de datos: ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿Cuá fue la pérdida financiera?

**¿HA TENIDO SINIESTROS EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS?:**  **SÍ** ☐ **NO** ☐

Le recordamos que es necesario que conteste de forma correcta y veraz a estas preguntas**. NO CONTESTAR CORRECTAMENTE PUEDE PERJUDICAR SERIAMENTE SUS DERECHOS**, en caso de que tenga lugar una reclamación.

**SERVICIO DE MITIGACIÓN DE PÉRDIDAS Y FIRMA:**

¿Usted está de acuerdo que, en caso de un siniestro bajo el ámbito de cobertura de este seguro, un experto (externo) del manejo de siniestro y /o un especialista en la tecnología informática acceda remotamente a su sistema y red informático con el fin de proporcionarle servicios de mitigación de pérdidas? ☐ Sí ☐ No

Al firmar este documento (debe ser firmado por el director, propietario o gerente) confirmo que soy un

representante debidamente autorizado de la compañía con conocimientos técnicos suficientes para

proporcionar – a mi leal saber y entender – respuestas precisas y completas relativas a las preguntas de este cuestionario en nombre de la compañía. El cuestionario completo y anexos opcionales forman la base para la cobertura y, por tanto, pasarán a formar parte del contrato de seguro.

**Fecha**

**Nombre y Apellidos**

**FIRMA**

Responsable: MUTUAPROCURADORES CORREDURÍAS, S.L. Finalidad: Remisión de comunicaciones comerciales. Legitimación existencia de relación contractual (LSSI)-Interés Legítimo (RGPD)- Consentimiento. Derechos: Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechs, como se explica en la información adicional. Puede consultarla en el siguiente link: <http://www.correduriamutuaprocuradores.es/proteccion-de-datos/> y en la política de privacidad de la Web: <https://www.correduriamutuaprocuradores.es/politica-de-privacidad>